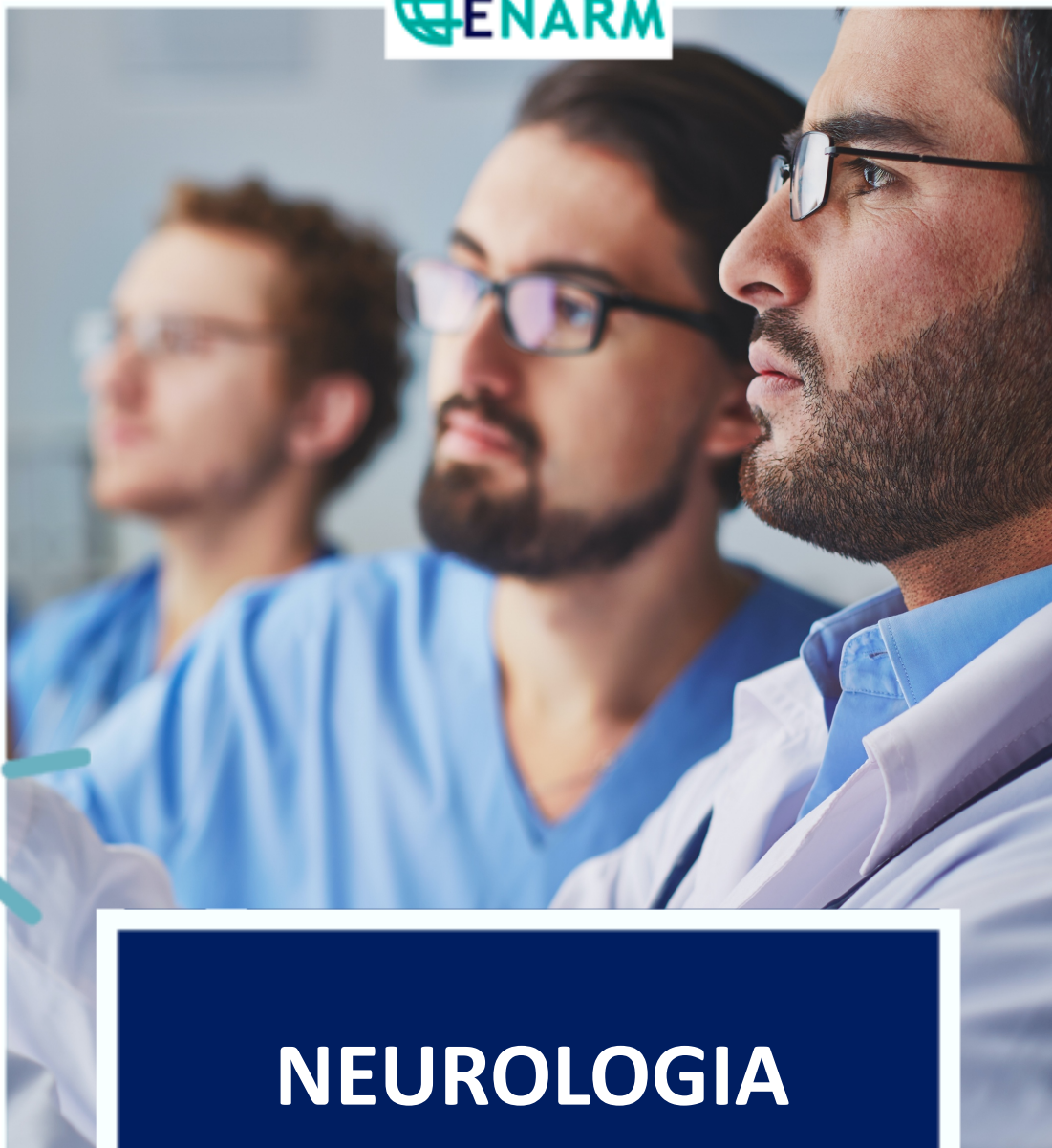


2021
ENARM



FLASHCARDS

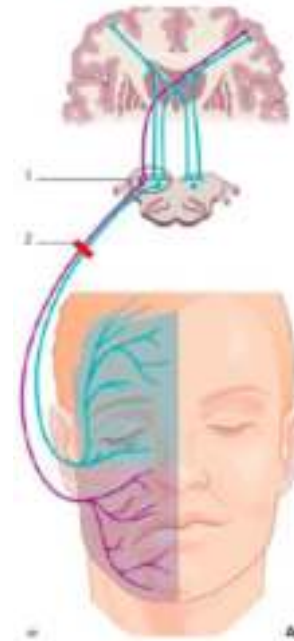
NEUROLOGIA

SHOUT
SHARE **IT**



Parálisis facial central VS Periférica

CENTRAL	PERIFERICA
Conserva el reflejo corneal	Perdida del reflejo corneal
Parálisis de ½ inferior de la hemicara contralateral	Parálisis completa de la hemicara ipsilateral Puede afectar gusto, secreciones y algiacusia.



Diagnóstico diferencial de cefaleas

	Migraña	Tensional	Cefalea en racimos	Neuralgia del trigemino
Frecuencia	Variable Crónica: >15 días al mes	Variable Crónica: >15 días al mes	Periodos de 4-8 semanas 1-2 por año	Dolores muy breves que se repiten decenas de veces al día.
Tipo de dolor	Pulsatil/ intenso	Opresivo	Muy intenso	Neuralgiforme/ intenso
Duración	4 a 72 horas	30 min a 7 días	30-120 min uno o varios episodios al día	Segundos, respeta el sueño
Localización	Hemicraneal	Fronto-nucal bilateral	Periorbitario	Fascial
Signos acompañantes	Nauseas Foto/fonofobia Aura	No	Ansiedad, sudor, lagrimeo, rubor, rinorrea, salivación, ptosis	No
Tratamiento	Agudo: Paracetamol AINES Triptanes Metoclopramida	Paracetamol AINES	Oxígeno Triptanos Dihidroergotamina	Carbamazepina Pregabalina Gabapentina



Cefalea Tensional

C RÓNICA (>15 DIAS AL MES) O EPISÓDICA

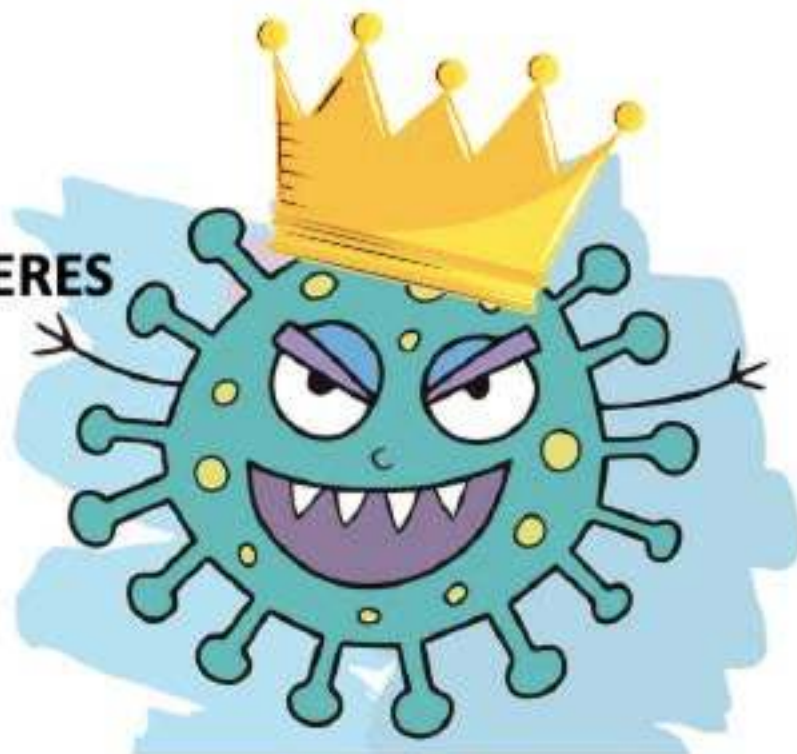
O PRESIVA

RIESGO MAYOR >40 AÑOS Y MUJERES

O TRAS CEFALÉAS DESCARTADAS

NUCAL/FRONTAL BILATERAL

AINES/ PARACETAMOL (TRATAMIENTO)



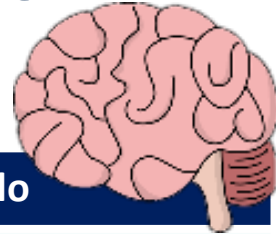


Temblor esencial VS Parkinsoniano



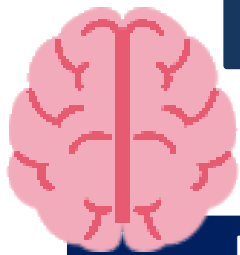
	TEMBLOR ESENCIAL	PARKINSONIANO
Velocidad	5-10 hz	4-6 hz
Simetría	Bilateral	Generalmente asimétrico
Componente más frecuente	Postural	De reposo
Otros síntomas parkinsonianos	Ausentes	Presentes
Mejora con el alcohol	Generalmente	Raramente
Antecedentes familiares	Generalmente presentes	Generalmente ausentes
Etiología	Temblor esencial benigno Estado hiperadrenergico Fármacos	Enfermedad de Parkinson Síndromes parkinsonianos

Síndrome de cono medular vs cola de caballo

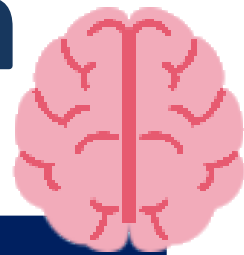


Disfunción	Cono medular	Cola de caballo
Inicio	Subito	Progresivo
Dolor	Tardío, no intenso, bilateral, simétrico, en perine y muslos	Primer síntoma Intenso Asimétrico, distribución radicular
Síntomas motores	Simétricos, leves	Asimétricos e intensos Paresia flácida en extremidades inferiores Arreflexia aquileay rotuliana
Síntomas sensitivos	Bilaterales y simétricos Distribución en silla de montar	Unilaterales y simétricos Distribución dependiendo raíces afectadas
Esfínteres	Afectación temprana e intensa	Afectación tardía y menos intensa
Función sexual	Afectación temprana	Afectación más tardía y menos intensa





Enfermedades de la unión neuromuscular



Miastenia gravis	Eaton lambert	Botulismo
Ac anti receptor de acetil colina	Ac anticanales de ca presinápticos	Toxina que bloquea la liberación de acetilcolina
Afectación extraocular (+ frec) Músculos proximales	Músculos proximales más afectos sobre todo inferiores Músculos extraoculares y bulbares afectos (70%)	Afectación precoz de músculos extraoculares y bulbares Parálisis descendente simétrica
Reflejos miotáticos normales	Reflejos miotáticos disminuidos	Reflejos miotáticos normales o disminuidos
Pupila normal	Midriasis	Midriasis
Mejora reposo y anticolinesterásicos	Mejora con Ejercicio	
Empeora con ejercicio, infecciones.		
Piridostigmina/timectomia	Corticoides Aguda: plasmaféresis o Ig	Vigilancia respiratoria

Tratamiento epilepsia (GPC)

Tipo	Clasificación	Tratamiento
Focales	Simples	Adulto: carbamazepina
	Discognitivas	Adulto mayor: lamotrigina
Generalizadas	Tónicas	Valproato o lamotrigina
	Clónicas	
	Tónico-clónicas	
	Ausencias	Etosuximida
	Mioclónicas	Valproato o topiramato
	Atonicas	
sx epilépticos específicos	Febril	Normalizar temperatura
Estatus epiléptico (>5 min)	1ra línea y 2da: diazepam valoración cada 5 min 3ra y 4ta línea: Fenitoína 5ta línea: Coma	



Tipo de crisis epilépticas

PARCIALES

Sin pérdida de conciencia

Solo afectan a una zona específica del cerebro



COMPLEJAS

Puede haber ausencia de respuesta, incoherencia o conductas inapropiadas.

Automatismos (mov. automáticos), chupeteos, frotarse las manos... clase para identificar las crisis.

TIPOS

MOTORAS

aparato locomotor

GELÁSTICAS

Risa sin motivo (atípica)

SENSORIALES

alucinaciones visuales y auditivas

PSÍQUICAS

"deja vu"
Familiaridad
"jamais vu"
(extrañeza)

GENERALIZADAS

Afectan a ambos hemisferios desde el inicio de la crisis

TÓNICAS

Perdida conciencia + contracción muscular todo el cuerpo e hiperextensión

ATÓNICAS

Perdida conciencia y tono muscular.
Caída brusca

TÓNICO-CLÓNICAS

Pérdida conciencia y caída con rigidez muscular y posteriores sacudidas (convulsiones)

AUSENCIAS

Breves lapsos con pérdida de conciencia y mirada perdida(segundos), pueden repetirse (salvas)

MIOCLÓNICAS

Contracción muscular rápida y breve de una zona del cuerpo (pie, mano...) puede ser bilateral



Estudio de imagen en crisis epilépticas

Indicaciones para la realización de estudios de imagen en un paciente adulto con crisis epilépticas en situación de urgencia

Traumatismo craneoencefálico reciente

Pacientes anticoagulados o con alguna otra alteración de la coagulación

Historia antigua de enfermedad vascular cerebral

CE de inicio parcial o focal

Aparición de un déficit focal nuevo

Cefalea o fiebre persistentes

Persistencia de estado de conciencia alterado

Historia de infección por VIH/SIDA

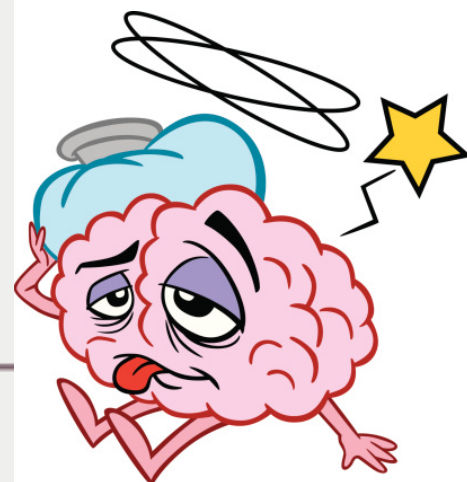
Historia de patología oncológica

En pacientes en quienes no se asegure el cumplimiento del seguimiento clínico

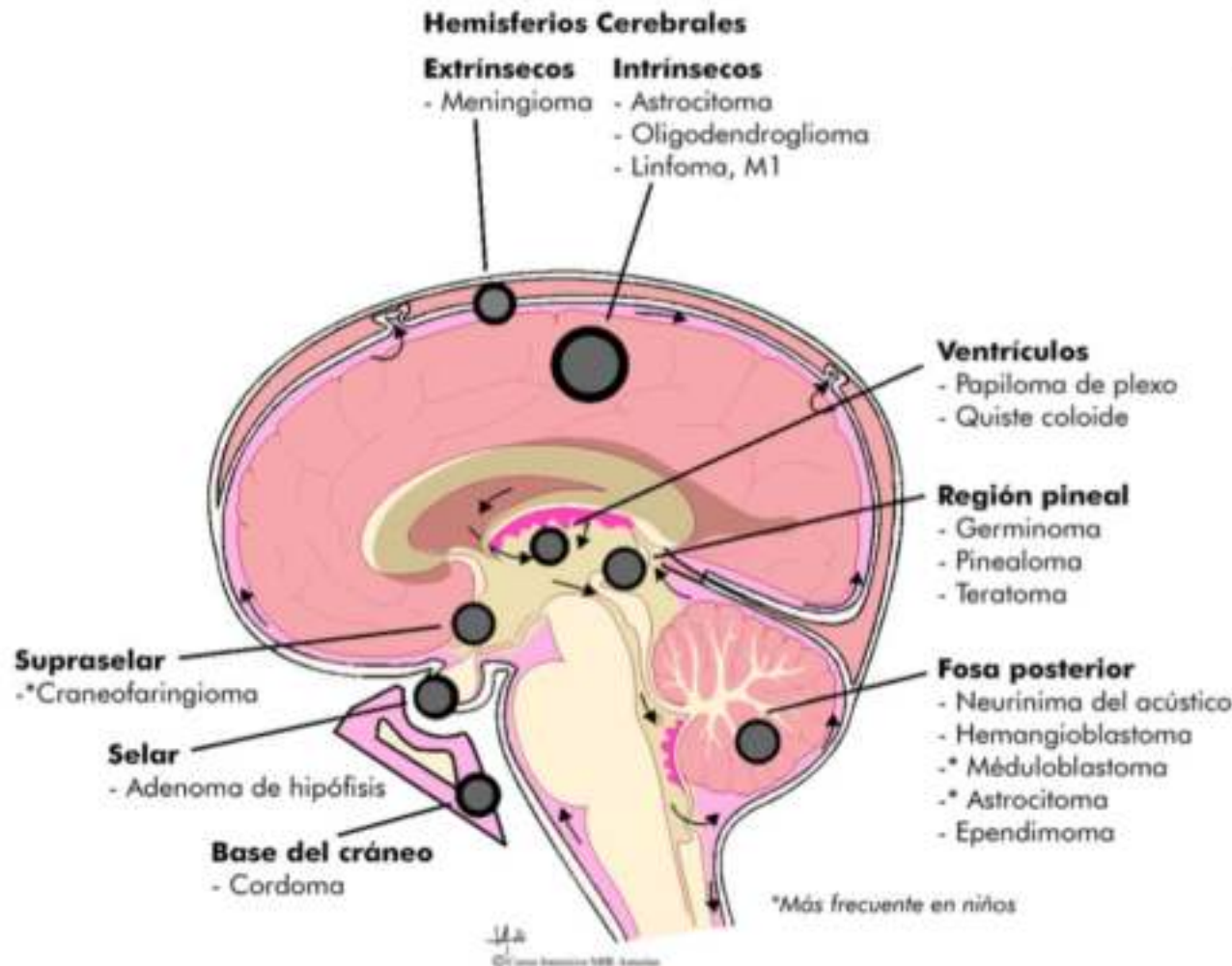


Crisis Febriles Típicas y Atípicas

	CRISIS FEBRILES TÍPICAS	CRISIS FEBRILES ATÍPICAS
FIEBRE	Alta	Baja (<38 °C)
EDAD	6 meses-5 años	<6 meses o >5 años
CLÍNICA	• Crisis tonico-clónicas (MIR) • Breve duración (<15 min) • Sin parálisis ni sueño profundo	• Crisis parciales o asimétricas • Mayor duración (>15 min) • Con parálisis y sueño profundo
PRONÓSTICO	Riesgo epilepsia ≈ población general	Riesgo epilepsia 10-15%



Localización mas frecuente de tumores según su localización



Resúmenes de tumores de SNC

RESUMEN TUMORES

HEMISFERICOS	METASTASIS		En la unión córtico-subcortical, captan en anillo, edema perilesional. Más frecuente de pulmón. Cirugía si mtx única. Radioterapia
	GLIOMAS	Astrocitoma	Mejor pronóstico el astrocitoma quístico de células gigantes (esclerosis tuberosa)
		Glioblastoma multiforme	El de peor pronóstico
		Oligodendroglioma	Subcortical. Calcificaciones. Crisis convulsivas
	LINFOMA 1º SNC		Inmunodepresión (HIV). Tratamiento: metotrexate + RT
	MENINGIOMA		Mujeres. Receptores hormonales. Aumento de vascularización. La mayoría benignos
FOSA POSTERIOR	CEREBELO Cefalea, hidrocefalia, Sd cerebeloso	Astrocitoma	Astrocitoma pilocítico (niños). Hemisférico. Quístico
		Hemangioblastoma	Hemisférico, poliglobulia, Von Hippel-Lindau
		Meduloblastoma	Vermiano. Posible diseminación por SNC
		Metástasis	Los tumores cerebelosos más frecuente en adultos
	TRONCOENCÉFALO	Gliomas	
	IV VENTRÍCULO	Ependimoma	Suelo del IV ventrículo en niños. Región lumbo-sacra (filum terminale) adultos
	ANGULO PONTOCEREBELOSO	Neurinoma del acústico	1ª manifestación: sordera neurosensorial
	Meningioma		
	Tumor epidermoide		
REGION DE QUIASMA		Adenoma de hipófisis	El más frecuente el Prolactinoma. Hemianopsia bitemporal + clínica endocrinológica. Inicialmente tratamiento médico, a veces también cirugía. No HT intracraneal
		Craneofaringioma	Hemianopsia bitemporal, calcificaciones supraselares, posibilidad de HT intracraneal
REGION PINEAL		Germinoma	Hidrocefalia + Sd de Parinaud. HT intracraneal sin signos localizadores



Tumores cerebrales con calcificaciones

www.calcificaciones.com



- C** RANEOFARINGIOMA
- O** LIGODENDROGLIOMA
- M** ENINGIOMA

Síndrome de Guillain Barre

LAS 7



AGUDO
ASCENDENTE
ARREFLECTICA
ANTECEDENTE DE INFECCIÓN
AFEBRIL
AUMENTO DE ALBUMINA EN LCR
AUTONOMICOS SINTOMAS



Síndrome de Parinaud

LAS TRES



P ARESIA DE LA MIRADA HACIA ARRIBA

P UPILAS DESIGUALES

P ERDIDA DE LA CONVERGENCIA

Degeneración combinada subaguda (deficit B12)

P ARESTESIAS

A TAXIA /ALTERACION PIRAMIDAL

P ERDIDA SENSIBILIDAD

E NCEFALOPATIA

L ESION PROPIOCEPTIVA (ROMBERG +)



LA CASA DE PAPEL

Reflejos Miotáticos

AQUILEO S1

ROTULIANO L2,L3,L4

BICIPITAL C5,C6

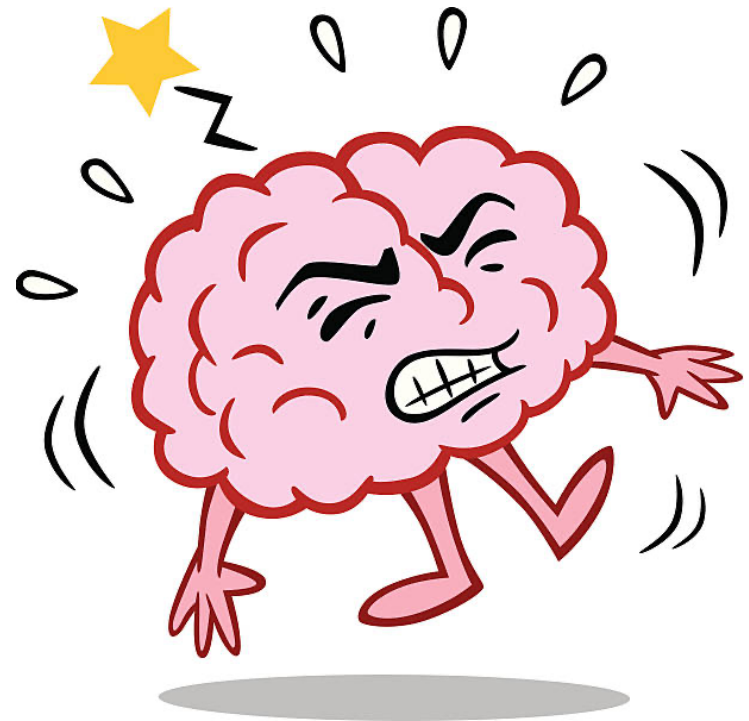
TRICIPITAL C7-C8

O



Clasificación de Ictus

ICTUS ISQUÉMICOS (85-90%)		ICTUS HEMORRÁGICOS (10-15%)	
Etiología atero-trombótica	- Oclusión vascular por un trombo - Embolia arterio-arterial - Mecanismo hemodinámico: por estenosis crítica, si disminuye la perfusión (hipotensión, situaciones de bajo flujo): isquemia en territorios frontera entre los distintos territorios vasculares	Intraparenquimatosas: profunda o lobar	- Hipertensiva - Malformación arteriovenosa/aneurismas - Angiopatia amiloide - Otros: - Anti-coagulantes - Sangrado intratumoral - Cocaína, anfetamina, transformación hemorrágica de un infarto
	Enfermedad de pequeño vaso: ictus lacunar		Subaracnoidea
	Etiología cardioembólica		Subdural Epidural (habitualmente traumática)
	Ictus isquémico de mecanismo desconocido: 40%		



Etiología y Localización de Ictus

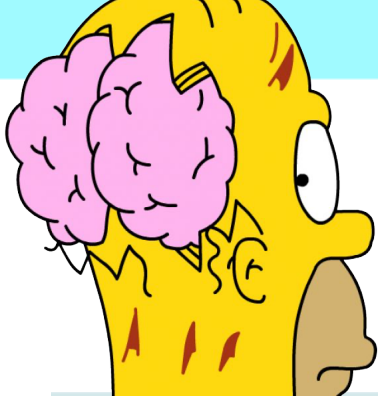


	ORIGEN	LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE
TROMBOSIS	Arteriosclerosis de arterias extra e intracraneales	Carótida interna (1.º bifurcación en su origen, 2.º sifón carotídeo)
EMBOLIA	Corazón (1.º FA no reumática; otras: estenosis mitral...)	Arteria cerebral media (80%)
MECANISMO DESCONOCIDO	Origen desconocido (40%)	
FLUIDO SANGUÍNEO	Asistolia, fibrilación ventricular, shock...	Zonas limitantes entre la arteria cerebral media y la posterior

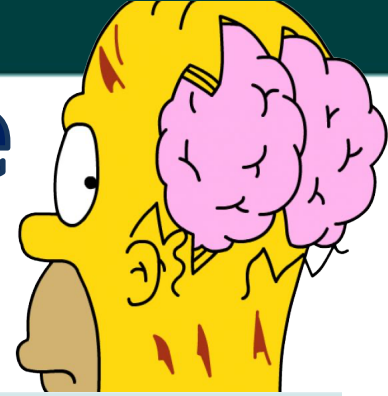
Localización Hemorragia Hipertensiva

	PUTAMEN (MÁS FRECUENTE)	TÁLAMO	PUENTE	CEREBELO
DÉFICIT NEUROLÓGICO	Hemiplejía + hemihipo- estesia contralateral (incluyendo cara)	Hemiplejía + hemihipo- estesia contralateral (incluyendo cara) Síndrome talámico	Tetraplejía + tetraparesia (incluyendo cara)	• Vértigo, inestabilidad, ataxia ipsilateral • Paresia facial ipsilateral • Motor conservado
SIGNOS OCULARES	Desviación conjugada de la mirada al lado de la lesión Pupilas normales	Desviación de los ojos inferior y medial (mirando a la punta de la nariz) Pupilas medias arreactivas	Desviación conjugada de la mirada al lado contrario Miosis (puntiforme) reactiva	Nistagmo
OTROS			Postura de descerebración	Deterioro tardío del nivel de conciencia (conservado al inicio)

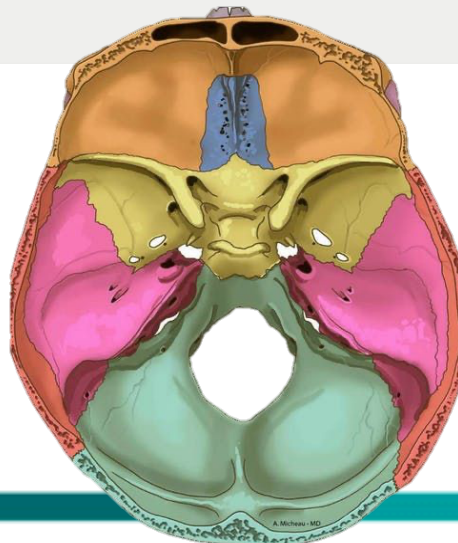




Fracturas de Base de Craneo



	F.C. ANTERIOR	F.C. MEDIA	F.C. POSTERIOR
HEMATOMA	Equimosis periorbitaria (signo del mapache)	Equimosis retardada (24-48 h) sobre la apófisis mastoide (signo de Battle) (MIR)	
SALIDA DE SANGRE	Epistaxis	Otorragia	
SALIDA DE LCR	Rinolicuorrea (MIR 10, 234)	Otolicuorrea	
LESIÓN DE PARES CRANEALES (LOS MÁS FRECUENTES: I, II, III, IV, 1.º Y 2.º RAMA V, VII Y VIII) (MIR)	I a VI (MIR)	VII y VIII (más frecuente) V-VI en punta del peñasco (síndrome Gradenigo)	IX a XII





Signos Neurológicos de Hernias Lumbares



	L1-L2	L2-L3	L3-L4	L4-L5	L5-S1
RAÍZ AFECTADA	L2	L3	L4	L5 (MIR)	S1
DÉFICIT MOTOR	Psoas (flexión cadera)	Psoas (flexión cadera) Cuádriceps (extensión rodilla)	Cuádriceps (extensión rodilla)	Extensores: Tibial anterior (flexión dorsal pie) Músculos peroneos (extensores) Extensor 1.º dedo	Flexores: Glúteos Gemelos (flexión plantar pie) Flexor 1.º dedo
DÉFICIT SENSITIVO	Crural anteromedial superior	Crural anteromedial inferior	Cara medial de pantorrilla y pie	Cara lateral y anterior de pantorrilla Dorso pie	Cara posterior de pantorrilla Lateral del pie
REFLEJO ALT.	-	-	Rotuliano	-	Aquileo

Signos Neurológicos de Hernias Cervicales

	C4-C5	C5-C6	C6-C7	C7-D1
RAÍZ AFECTADA	C5	C6	C7	C8
DÉFICIT MOTOR	Deltoides Supra e infraespinoso (separación y flexión del hombro)	Bíceps (flexión del codo) Supinador largo	Tríceps (extensión del codo) Extensor muñeca y dedos	Flexión dedos Musculatura intrínseca de la mano
DÉFICIT SENSITIVO	Cara anterior MS	Cara lateral MS Dedos 1.º y 2.º	Cara posterior MS Dedo 3.º y mitad radial del 4.º	Cara medial MS Mitad cubital del 4.º dedo, 5.º dedo
REFLEJO ALT.	Bicipital	Bicipital Estilorradial (+espec.)	Tricipital	Tricipital (a veces)



Claudicación Isquémica y Neurógena

	CLAUDICACIÓN ISQUÉMICA	CLAUDICACIÓN NEURÓGENA
PROVO-CACIÓN DEL DOLOR	Sólo la marcha Distancia fija y casi siempre que anda	Marcha y de pie Distancia variable
ALIVIO DEL DOLOR	Inmediato al parar (aunque siga de pie)	Lento, al sentarse o inclinarse
SÍNTOMAS ASOCIADOS	Calambre muscular	Parestesias, flojedad, incontinencia
SIGNOS EXPLORA-TORIOS	Soplos Disminución de pulso Trastornos tróficos piel	Alteraciones sensitivas, motoras o de los reflejos



Tipos de Hernias Cerebrales

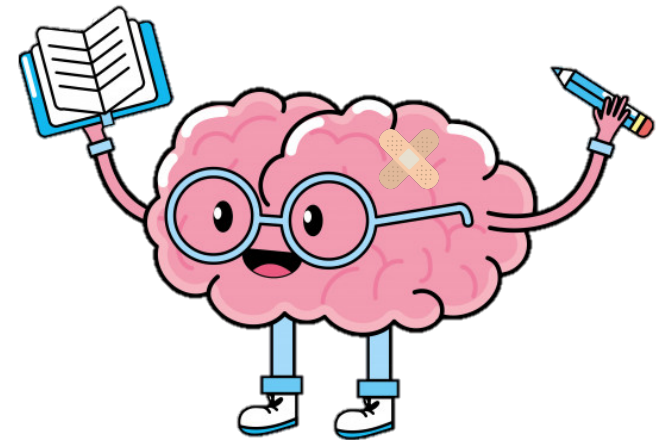
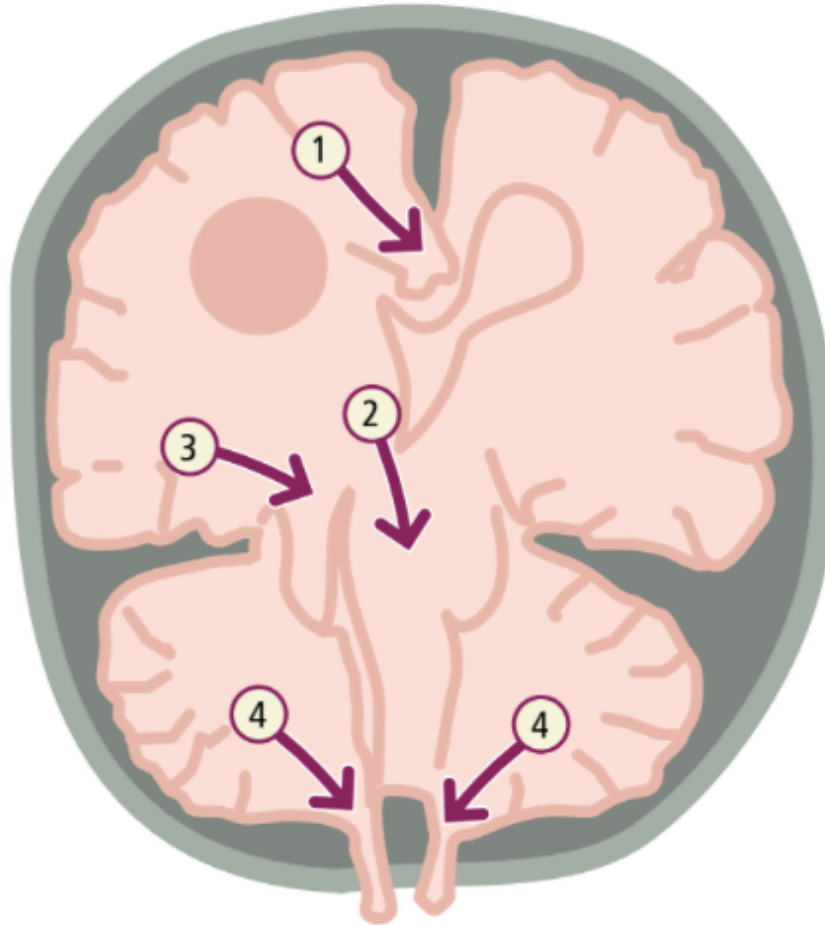


Figura 11. Herniación cerebral: 1. Subfalciana; 2. Central; 3. Transtentorial; 4. Amigdalas.